
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200260719

Vítima: MARCIO DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO DIAS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

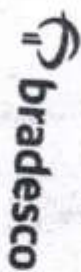
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.037222

MARCIO DIAS DOS SANTOS
AGENCIA 1376 CONTA 0016952-8

10:27 HRS
08/JAN/2020

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POU)

1 DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
23	SALDO ANTERIOR		0,00
	SALDO TOTAL		0,00

1 TAXA CHD ESP.: 7,99% A.M. 151,81% A.A.
VCTO.: 09/03/2020

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil : 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40-CIRC
DIM/10ª-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130007633

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às 11:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 15/08/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 01 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCIO DIAS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO DIAS DOS SANTOS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARCIO DIAS DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Nome: MARIA JOSE DIAS DOS SANTOS Pol: JOSE AGIRIPIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 6/6/1985 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL. Endereço Residencial: BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 97, RUA NOVE LOTEAMENTO ILHA - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL.

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCIO DIAS DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARCIO DIAS DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJR5698 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

07/11/2019

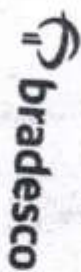
Boletim de Ocorrência

INFORMA A VITIMA QUE QUANDO EM TRANSITO NA BR 10 SUL, PROXIMO DA FABRICA VITARELA, COLIDIU EM UMA BICICLETA VINDO A CAIR FRATURADO O DEDO DA MAO DIREITA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MARCIO DIAS DOS SANTOS
(VITIMA) *X Marcio Dias dos Santos*

B.O. registrado por: *FLAVIO DE LIMA SOUZA* - Matrícula: 111428-0



BN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.037222

MARCIO DIAS DOS SANTOS
AGENCIA 1376 CONTA 0016952-8

10:27 HRS
08/JAN/2020

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POU/P)

1 DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
23	SALDO ANTERIOR		0,00
	SALDO TOTAL		0,00

1 TAXA CHD ESP.: 7,99% A.M. 151,81% A.A.
VCTO.: 09/03/2020

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil : 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS			PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985			IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018			ATENDIMENTO:	864433		

EVOLUÇÃO FARMACÊUTICA

Paciente CIRÚRGICO

Paciente vítima de acidente de moto, encaminhado ao bloco cirúrgico devido fratura exposta do 3º QDD.

- Antibiótico: cefalotina 1g a cada 6hs, D1/1 -> just.: profilaxia cirúrgica;
- Sem histórico de alergias;
- Histórico Clínico: nega comorbidades;
- PA: 120x80mmHg;
- Prescrição validada sem sugestões na farmacoterapia;
- Sem interações medicamentosas relevantes.

DATA HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 03:10:10

PRESTADOR

PAULO VICTOR SILVA DE SENA

CONSELHO

CRF - 5994

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO DIAS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01375-7

CONTA: 000000016952-8

Nr. Autenticação

BRADESCO3007202005000000000023701375000000016952135000 PAGO

[illegible][illegible]

EMISSÃO JUNTATIVA
REFERENCIAL: NOVEMBRO
PERÍODO: JANEIRO A DEZEMBRO
CFOB.5.387

Correspondence: A. J. van 't Hof, Department of Clinical Microbiology, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands. Tel: +31 (0) 931 206111. Fax: +31 (0) 931 206112. E-mail: a.j.van't.hof@azg.umcg.nl



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

CPF: 869.517.344-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Trifásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SALVADOR DE SA 470 AP- 1403

ROSARINHO/RECIFE
RECIFE PE
52041-055

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
-------------------	-------	---------

118836180

ÚNICA

21/07/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
--------------	---------------	------------------

21/07/2020

2001854370

6058485

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONTA CONTRATO	7018772358	MÊS/ANO	07/2020
DATA DE VENCIMENTO	28/07/2020	DATA PREVISTA PRÓXIMA LECTURA	19/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	217,17		



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.susep.gov.br ou entre em contato através de um dos números listedos:
Central de Atendimento: Ligue gratuita sobre identificação e prevenção de lavagem de dinheiro e outras atividades ilícitas:
Cuidado e sigilo: 0800 022 81 80 / Ouvidoria: 0800 022 12 04
SAC: para informações e sugestões, 24 horas por dia: 0800 022 81 80 | SAC para atividades ilícitas e de lavagem: 0800 022 12 04 | Central de Atendimento: 0800 022 81 80

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de regularização de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/WEB/CONTABILIDADE/DOCUMENTAL/ASPECTIVO-18/COMPRO-25625>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do profissional e da data de renovação mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CADAP.

Surte-se a seguinte: A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do profissional e da data de renovação mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

Pelo exposto, eu Luizineu Beneditino de Souza Alves

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 869.511.344 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

Marcia Dias dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 060.332.434 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura Unidade 109

da vítima Marcia Dias dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 060.332.434 / 27 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do documento de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará nas sanções previstas no art. 209 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Salvador de Sá</u>	Número	<u>430</u>	Complemento	<u>1403</u>
Bairro	<u>Roxinho</u>	Cidade	<u>Recife</u>	CEP	<u>52041-055</u>
E-mail	<u>luiseneu@uol.com.br</u>				

Local e Data: Recife 02 de maio de 2020

Luizineu Beneditino de Souza Alves
Assinatura do Declarante

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

EVOLUÇÃO FARMACÊUTICA

Paciente CIRÚRGICO

Paciente vítima de acidente de moto, encaminhado ao bloco cirúrgico devido fratura exposta do 3º QDD.

- Antibiótico: cefalotina 1g a cada 6hs, D1/1 -> just.: profilaxia cirúrgica;
- Sem histórico de alergias;
- Histórico Clínico: nega comorbidades;
- PA: 120x80mmHg;
- Prescrição validada sem sugestões na farmacoterapia;
- Sem interações medicamentosas relevantes.

DATA HORA PREENCHIMENTO
16/08/2018 03:10:10**PRESTADOR**
PAULO VICTOR SILVA DE SENA**CONSELHO**
CRF - 5994

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS		PRONTUÁRIO:	0000231707	
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985		IDADE:	33	SEXO: MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018		ATENDIMENTO:	864333	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 2 HORAS APRESENTANDO FERIMENTO NO 3ºQDD E ESCORIÇÕES ANTEBRAÇO DIR E ESQ.NEG APERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS.

EXAMES COMPLEMENTARES

15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX BACIA - (AP)
15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX MAO OU QUIRODACTILOS - DIREITA (AP+OBLIQUA)
15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COLUNA CERVICAL (AP+PERFIL+OBLIQUAS)
15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COL. LOMBO-SACRA (AP+PERFIL+LOCAL. L5-S1+EXTENSAO+FLEXAO)
15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COLUNA DORSAL - (AP+PERFIL+OBLIQUAS)

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS EM USO

NÃO RELATADO

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

EXAME FÍSICO

EUPNEICO,NORMOCORADO,GLASGOW 15,APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIÃO IFD DORSAL DO 3ºQDD,ESCORIAÇÕES EM ANTEBRACOS DIR E ESQ.MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS EM MMSS EMMII.SEM DOR A COMPRESSÃO LATERAL DOS ILIACOS.NEGA DOR LOMBAR E CERVICAL.NEGA OUTRAS QUEIXAS.
SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

EVOLUÇÃO

ÚLTIMA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA
RX MÃO DIR; FRATURA AVULSÃO OSSEA DE APARELHO EXTENSOR (F3)+FERIDA ARTICULAR DE IFD DO 3ºQDD
CD;AVISADO AO GRUPO DE MÃO(ANDRÉ AYALA) PARA TRA. CIRURGICO

PACIENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO PELA ORTOPEDIA
NAO SE ENCONTRA NA URGENCIA
CD
ALTA DO SETOR

DATA/HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 03:03:11

PRESTADOR

JURANDIR PEREIRA LIBERAL JUNIOR

CONSELHO

CRM - 16204

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO

Declaro para os devidos fins que recebi da instituição UNIMED RECIFE III o prontuário referente ao(s) atendimento(s):

Data	Tipo	Código do Atendimento
15/08/2018	Internação	864433

Documentos:

15/08/2018	Anotação	Prestador: PATRICIA RODRIGUES LINS DE SOUZA-COREN 413424
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
15/08/2018	Prescrição Médica	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
16/08/2018	Anotação	Prestador: CASSIANA MARIA FREITAS DE LIMA-COREN 565123
16/08/2018	Anotação	Prestador: JOSE CARLOS DANTAS-COREN 38089
16/08/2018	Anotação	Prestador: LUCIENE FABRICYA DUARTE PINHEIRO-COREN 616968
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: PAULO VICTOR SILVA DE SENA-CRF 5994
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: TALANY JULIA GOMES LEITE-COREN 264290
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: VANUSKA GOMES DA SILVA-COREN 255264
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: VANUSKA GOMES DA SILVA-COREN 255264
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: VANUSKA GOMES DA SILVA-COREN 255264
16/08/2018	Prescrição Médica	Prestador: ANDRE AYALLA G RODRIGUES-CRM 8308

Data	Tipo	Código do Atendimento
15/08/2018	Urgência	864333

Documentos:

15/08/2018	Anotação	Prestador: ILZA JOSEFA LINO-COREN 385341
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: RITA DE CASSIA OLIVEIRA PIRES-COREN 304576
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: TARCISIO LYRA DE BRITO-CRM 10591
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: TARCISIO LYRA DE BRITO-CRM 10591
15/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: WEDJA DE MELO MAURICIO NEVES-COREN 387837
15/08/2018	Prescrição Médica	Prestador: TARCISIO LYRA DE BRITO-CRM 10591
16/08/2018	Documento Eletrônico	Prestador: JURANDIR PEREIRA LIBERAL JUNIOR-CRM 16204

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO

Autorizador: HOSPITAL UNIMED RECIFE

Nome / Responsável

Nome : MARCIO DIAS DOS SANTOS
Data de Nascimento: 06/06/1985
Nome da Mãe: MARIA JOSE DIAS DOS SANTOS
CPF: 06032243427
CNS: 700707982362476

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

OCORRÊNCIA ENFERMAGEM

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR EM CADEIRA DE RODAS COM MAQUEIRO.

DATA/HORA PREENCHIMENTO

PRESTADOR

CONSELHO

16/08/2018 15:50:40

TALANY JULIA GOMES LEITE

COREN - 264290

Este registro foi assinado digitalmente em acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1521/2007, Resolução CFO 81/2006, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) com IP 024.

TALANY JULIA GOMES LEITE 0808888405, AC Certsign RPS 04 3608888405, 22/10/2018 11:39 GMT-03:00 22/10/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



JOSE DE ALENCAR, IIº 770, BOA VISTA - RECIFE - PE CEP 50070-030
FONE: (81) 3302-6284

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

SUMÁRIO DE ALTA

CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA

MOTIVO DA ADMISSÃO HOSPITALAR

S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

EVOLUÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO

☒ PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIÓTICOS EM USO

KEFLIN PO/SOL.INJ. 1G S/ DIL. -> 15/08/18 | 15/08/18

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

☐ HEMOTRANSFUSÃO☐ UTI

DIA(S)

DIAGNÓSTICO DA ALTA

S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

TIPO DA ALTA

☒ DECISÃO MÉDICA☐ A PEDIDO☐ INDISCIPLINA☐ ADMINISTRATIVA

DESTINO APÓS ALTA

DOMICÍLIO:

☒ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL☐ NASC☐ OUTRO SAD

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

TRANSFERÊNCIA:	<input type="radio"/> OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	QUAL?
EM CASO DE ÓBITO:	<input type="radio"/> DECLARAÇÃO ÓBITO	<input type="radio"/> SVO <input type="radio"/> IML

INFORMAÇÕES DO ÓBITO		
SETOR DO ÓBITO	CID DO ÓBITO	DATA/HORA ÓBITO

PLANO TERAPÊUTICO PÓS-ALTA
MEDICAMENTOS PARA O DOMICÍLIO

ORIENTAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS

EXAMES COM RESULTADO PENDENTE

CONSULTA PÓS ALTA (MÉDICO, ESPECIALIDADE, LOCAL, DATA E HORA)

OUTRAS OBSERVAÇÕES

DATA/HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 14:43

PRESTADOR

ANDRE AYALLA G RODRIGUES

CONSELHO

CRM - 8308

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500

Prescrição.: 2990472 Data: 16/08/2018 18:00
Usuário....: ANDRE.AYALLA
Atendimento: 864433 Dt Nasc: 06/06/1985 (34a 4m 16d)
Convênio...: RECIFE
Paciente...: 231707 - MARCIO DIAS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 15/08/2018 21:55 1 Dias(s) Int
Médico.....: ANDRE AYALLA G RODRIGUES - CRM 8308
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA
Unid. Int.: Leito...: Cobertura: APARTAMENTO
Cid.....: S622 FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRICAO MEDICA

ALTA / OBITO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
-----	---------	----	-----	------------	----------------

4	ALTA MEDICA				
---	-------------	--	--	--	--

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS			PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985			IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018			ATENDIMENTO:	864433		

EVOLUÇÃO MÉDICA

PLANO TERAPEUTICO (Planejamento para o tratamento durante esta Internação)

CIRURGIA

EVOLUÇÃO: (Queixas + Exame Físico + Conduta do dia)

SEM ANORMALIDADES.
ALTA.

JUSTIFICATIVA:

CID DE ADMISSÃO: S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

LISTA DE PROBLEMAS

ANTIBIÓTICOS EM USO

HISTORICO DOS ANTIBIÓTICOS

KEFLIN PO/SOL.INJ. 1G S/ DIL. -> 15/08/18 | 15/08/18

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

DATA/HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 14:39:53

PRESTADOR

ANDRE AYALLA G RODRIGUES

CONSELHO

CRM - 8308

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ORIGEM	ANTECEDENTES FAMILIARES
LOCAL:	<input type="radio"/> CARDIOPATIA <input type="radio"/> DIABETES <input type="radio"/> HIPERTENSÃO <input type="radio"/> OUTROS:

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES				
<input type="radio"/> CARDIOPATIA	<input type="radio"/> DIABETES	<input type="radio"/> HIPERTENSÃO	<input type="radio"/> DISTÚRBO PSQUIÁTRICO	<input type="radio"/> DOENÇAS DEGENERATIVAS
<input type="radio"/> NEOPLASIA	<input type="radio"/> ASMA	<input type="radio"/> IRC	<input type="radio"/> OUTROS:	

ANTECEDENTES PESSOAIS		
<input type="radio"/> TABAGISMO	<input type="radio"/> ETILISMO	<input type="radio"/> OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

TIPO DE CLÍNICA
<input type="radio"/> MÉDICA <input checked="" type="radio"/> CIRÚRGICA

PADRÃO DE SONO
CONCILIA SONO: <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO MOTIVO:

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	SEXO:	MASCULINO
		ATENDIMENTO:	864433

FAZ USO DE MEDICAÇÃO DIARIAMENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL?

CAPACIDADE DE COMPREENSÃO DO PACIENTE

☒ ADEQUADA ☐ REGULAR ☐ NÃO COMPREENDE

MOTIVO:

EXAME FÍSICO

PESO: ALTURA:

SINAIS VITAIS

T: 36.5	16/08/2018 01:30:00	PA: 120/80	16/08/2018 01:30:00	FR: 18	16/08/2018 01:30:00
FC 86	16/08/2018 01:30:00	SAT: 98	16/08/2018 01:30:00	DOR: 0	16/08/2018 01:30:00

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ SONOLENTO ☐ COMATOSO ☐ TORPOROSO

COOPERAÇÃO

☒ COOPERATIVO ☐ NÃO COOPERATIVO

ESTADO EMOCIONAL

☐ ANGUSTIADO ☐ DEPRESSIVO ☒ CALMO ☐ AGITADO ☐ ANSIOSO ☐ IRRITADO ☐ AGRESSIVO ☐ SEDADO

MOVIMENTAÇÃO

☒ DEAMBULA S/ AJUDA ☐ DEAMBULA COM AJUDA ☐ NÃO DEAMBULA ☐ HIPOATIVO ☐ HIPERATIVO

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO <input checked="" type="radio"/> SEM ANORMALIDADES <input type="radio"/> AMPUTADO <input type="radio"/> EDEMA <input type="radio"/> MÁ FORMAÇÃO MOBILIDADE <input checked="" type="radio"/> ATIVA <input type="radio"/> PASSIVA <input type="radio"/> IMOBILIZADA DEFCIT MOTOR: <input type="radio"/> PARCIAL <input type="radio"/> TOTAL	MEMBRO SUPERIOR DIREITO <input checked="" type="radio"/> SEM ANORMALIDADES <input type="radio"/> AMPUTADO <input type="radio"/> EDEMA <input type="radio"/> MÁ FORMAÇÃO MOBILIDADE <input type="radio"/> ATIVA <input type="radio"/> PASSIVA <input type="radio"/> IMOBILIZADA DEFCIT MOTOR: <input type="radio"/> PARCIAL <input type="radio"/> TOTAL
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO <input checked="" type="radio"/> SEM ANORMALIDADES <input type="radio"/> AMPUTADO <input type="radio"/> EDEMA <input type="radio"/> MÁ FORMAÇÃO MOBILIDADE <input checked="" type="radio"/> ATIVA <input type="radio"/> PASSIVA <input type="radio"/> IMOBILIZADA DEFCIT MOTOR: <input type="radio"/> PARCIAL <input type="radio"/> TOTAL	MEMBRO INFERIOR DIREITO <input checked="" type="radio"/> SEM ANORMALIDADES <input type="radio"/> AMPUTADO <input type="radio"/> EDEMA <input type="radio"/> MÁ FORMAÇÃO MOBILIDADE <input checked="" type="radio"/> ATIVA <input type="radio"/> PASSIVA <input type="radio"/> IMOBILIZADA DEFCIT MOTOR: <input type="radio"/> PARCIAL <input type="radio"/> TOTAL

PELE <input checked="" type="radio"/> HIDRATADO <input type="radio"/> DESIDRATADO <input checked="" type="radio"/> NORMOCORADO <input type="radio"/> HIPOCORADO <input type="radio"/> ICTÉRICO <input type="radio"/> CIANÓTICO <input type="radio"/> ERITERMA / HIPEREMIA LOCAL: <input type="radio"/> EDEMA LOCAL: <input type="radio"/> PETEQUEA / HEMATOMA LOCAL: <input type="radio"/> LPP ESTÁGIO: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 LOCAL: <input type="radio"/> CURATIVOS ESPECIAIS: LOCAL: <input type="radio"/> OUTRO TIPO: LOCAL: <input type="radio"/> LESÃO:

PACIENTE: MARCIO DIAS DOS SANTOS		PRONTUÁRIO: 0000231707	
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE: 34	SEXO: MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO: 864433	

CABEÇA / COURO CABELUDO

- ☒ SEM ANORMALIDADES
 ☐ SEBORRÉICO
 ☐ PRESENÇA DE PARASITAS
 ☐ TRAÇÃO CRANIANA
☐ LESÃO LOCAL: _____
☐ DEFORMIDADES LOCAL: _____

OLHOS

- ☒ SEM ANORMALIDADES
 ☐ PROCESSO INFLAMATÓRIO / INFECCIOSO
 ☐ EDEMA
 ☐ HEMORRAGIA
 ☐ LESÃO
☐ DEFICIÊNCIA VISUAL

PUPILAS	<input checked="" type="radio"/> ISOCÓRICAS <input type="radio"/> ANISOCÓRICAS <input type="radio"/> MIDRIASE <input type="radio"/> MIOSE
FOTORREAGENTES	<input checked="" type="radio"/> POSITIVO <input type="radio"/> NEGATIVO
MUCOSA	<input checked="" type="radio"/> NORMOCORADA <input type="radio"/> HIPOCORADA <input type="radio"/> ÚMIDA <input type="radio"/> SECA

NARIZ

- ☒ SEM ANORMALIDADES
 ☐ LESÃO
 ☐ EDEMA
 ☐ HEMATOMA
 ☐ SECREÇÃO
 ☐ EPISTAXE
☐ OUTROS: _____

OUVIDOS

- ☒ SEM ANORMALIDADES
 ☐ AUSÊNCIA DO CANAL AUDITIVO/PAVILHÃO AURICULAR
 ☐ SURDEZ
 ☐ ZUMBIDO
☐ BAIXA ACUIDADE AUDITIVA
☐ PRÓTESE AUDITIVA

BOCA

- ☐ PRÓTESE DENTÁRIA
 ☐ AFONIA
 ☐ AFASIA
 ☐ DISFAGIA
 ☐ SEM ALTERAÇÕES
 MUCOSA:
☒ NORMOCORADA
☐ HIPOCORADA
☐ PETEQUIAS
☐ ICTÉRICA
☐ ÚMIDA
☐ SECA
☐ LESÃO
☐ EDEMA

TÓRAX

- ☒ TÓRAX SIMÉTRICO
☐ TÓRAX ASSIMÉTRICO
☐ CICATRIZ
☐ FRATURA

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

MAMAS

- ☒ SIMÉTRICAS ☐ ASSIMÉTRICAS ☐ TÚRGIDAS ☐ INGURGITADAS ☐ SECREÇÃO ☐ NÓDULOS PALPÁVEIS
☐ DOR ☐ MASTECTOMIA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

- | TIPO | PADRÃO |
|--|---|
| <input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> TOT
<input type="radio"/> CRICOIDEOSTOMIA <input type="radio"/> TRAQUEOSTOMIA | <input checked="" type="radio"/> EUPNÉIA <input type="radio"/> DISPNÉIA <input type="radio"/> APNÉIA <input type="radio"/> TAQUIPANÉIA
<input type="radio"/> BRADPNÉIA |

AUSCULTA

- ☒ NORMAL ☐ RONCOS ☐ SIBILOS ☐ EXTERTORES ☐ CREPTANTES ☐ TOSSE SECA ☐ TOSSE PRODUTIVA

OXIGÊNIO TERAPIA

- ☒ AR AMBIENTE ☐ CATETER NASAL ☐ VENTURI ☐ VNI ☐ AVM

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- ☒ NORMOCARDIA ☐ BRADICARDIA ☐ TAQUICARDIA ☐ MARCAPASSO
☐ OUTROS:

SISTEMA GASTROINTESTINAL

ABDÔMEN

- ☐ INDOLOR À PALPAÇÃO ☐ DOLOROSO À PALPAÇÃO ☐ GLOBOSO ☐ PLANO ☐ DISTENDIDO
☐ TIMPÂNICO ☐ FLÁCIDO ☐ TENSO ☐ NÁUSEA ☐ VÔMITOS ☐ HEMATÊMESE ☐ CONSTIPAÇÃO
☐ DIARRÉIA ☐ MELENA ☐ ENTERORRAGIA
 RUIDOS HIDROAÉREOS: ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

DIETA

- ☒ VIA ORAL ☐ SNE ☐ SNG ☐ GASTROSTOMIA ☐ NPT ☐ BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR ☐ INAPETÊNCIA
☐ INTOLERÂNCIA ☐ DISFAGIA ☐ AFAGIA

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS		PRONTUÁRIO:	0000231707	
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985		IDADE:	34	SEXO: MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018		ATENDIMENTO:	864433	

SISTEMA GENITURINÁRIO					
<input type="radio"/> DIURESE ESPONTÂNEA	SVD:	<input type="radio"/> 2 VIAS	<input type="radio"/> 3 VIAS	<input type="radio"/> IRRIGAÇÃO	
<input type="radio"/> SVA	<input type="radio"/> DISPOSITIVOS URINÁRIOS	<input type="radio"/> CISTOSTOMIA			
<input type="radio"/> INCONTINÊNCIA	<input type="radio"/> DISÚRIA	<input type="radio"/> ANÚRIA	<input type="radio"/> OLIGÚRIA	<input type="radio"/> POLIÚRIA	<input type="radio"/> HEMATÚRIA <input type="radio"/> PIÚRIA
CATETERISMO VENOSO / ARTERIAL / OUTROS					
<input type="radio"/> ACESSO	DATA:	LOCAL:	<input type="radio"/> RADIAL D	<input type="radio"/> RADIAL E	<input type="radio"/> BRADIAL D <input type="radio"/> BRADIAL E
			<input type="radio"/> FEMURAL D	<input type="radio"/> FEMURAL E	<input type="radio"/> PEDIOSA DORSAL D
			<input type="radio"/> PEDIOSA DORSAL E		

DISPOSITIVOS					
<input type="radio"/> JELCO	<input type="radio"/> INTRACATER	<input type="radio"/> CAT. MONO LÚMEN	<input type="radio"/> CAT. DUPLO LÚMEN	<input type="radio"/> CAT. DUPLO LÚMEN P/ HD	
<input type="radio"/> CAT. TRIPLO LÚMEN	<input type="radio"/> CAT. SWANGANZ	<input type="radio"/> CAT. BALÃO INTRA AÓTICO	<input type="radio"/> CAT. TENCKHOFF		
<input type="radio"/> INTRODUTOR	LOCAL:				
<input type="radio"/> FISTULA ARTEROVENOSA / FAV	LOCAL:				
<input type="radio"/> PRÓTESE VENOSA P/ HD	LOCAL:				
<input type="radio"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	DATA:	LOCAL:	<input type="radio"/> DORSO DA MÃO D	<input type="radio"/> DORSO DA MÃO E	
			<input type="radio"/> ANTICUBITAL D	<input type="radio"/> ANTICUBITAL E	
			<input type="radio"/> JUGULAR EXTERNA D	<input type="radio"/> JUGULAR EXTERNA E	
<input type="radio"/> ACESSO VENOSO CENTRAL	DATA:	LOCAL:	<input type="radio"/> JUGULAR INTERNA D	<input type="radio"/> JUGULAR INTERNA E	
			<input type="radio"/> SUBCLÁVIA D	<input type="radio"/> SUBCLÁVIA E	
			<input type="radio"/> FEMURAL D	<input type="radio"/> FEMURAL E	
<input type="radio"/> PICC	DATA:	LOCAL:	<input type="radio"/> MEMBRO SUPERIOR D	<input type="radio"/> MEMBRO SUPERIOR E	
<input type="radio"/> DISSECÇÃO VENOSA	LOCAL:	<input type="radio"/> BRAQUIAL D	<input type="radio"/> BRAQUIAL E	<input type="radio"/> FEMURAL D	<input type="radio"/> FEMURAL E
<input type="radio"/> OUTROS					
<input type="radio"/> SEM ACESSO					

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

DISPOSITIVOS

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

OUTROS

ANOTAÇÕES

DATA HORA PREENCHIMENTO

NOME PRESTADOR

CONSELHO

16/08/2018 03:38:25

VANUSKA GOMES DA SILVA

COREN - 255264

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

OCORRÊNCIA ENFERMAGEM

PACIENTE ADMITIDO NO SETOR AS 1:25 PROCEDENTE DO BC, COM EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, DEAMBULA, CURATIVO OCLUSIVO EM MSD, NEGA HAS, DM E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, AVP EM MSD SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, SÉGUE EM OBS.

DATA/HORA PREENCHIMENTO**PRESTADOR****CONSELHO**

16/08/2018 03:33:59

VANUSKA GOMES DA SILVA

COREN - 255264

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ESTADO GERAL

☐ BOM
 ☒ REGULAR
 ☐ COMPROMETIDO
 ☐ GRAVE

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ORIENTAÇÃO

☒ CONSCIENTE
 ☐ INCONSCIENTE
 ☒ ORIENTADO
 ☐ DESORIENTADO
 ☐ SONOLENTO
 ☐ COMATOSO

☐ TORPOROSO

SEDAÇÃO

☐ SIM
 ☒ NÃO

ESTADO EMOCIONAL

☒ CALMO
 ☐ IRRITADO
 ☐ AGITADO
 ☐ ANSIOSO
 ☐ AGRESSIVO
 ☐ SEDADO

PELE

☒ HIDRATADO
 ☐ DESIDRATADO
 ☐ NORMOCORADO
 ☐ HIPOCORADO
 ☐ ICTÉRICO
 ☐ CIANÓTICO

☐ ERITERMA / HIPEREMIA LOCAL:

☐ EDEMA LOCAL:

☐ PETEQUEA / HEMATOMA LOCAL:

☐ LPP ESTÁGIO: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 LOCAL:

☐ CURATIVOS ESPECIAIS: LOCAL:

☐ OUTRO TIPO: LOCAL:

☐ LESÃO:

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433

CURATIVO	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
----------	--

MSD

MUCOSAS	
HIDRATADAS	CORADAS
<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

ABDÔMEN	
<input type="radio"/> GLOBOSO <input type="radio"/> SEMI-GLOBOSO <input type="radio"/> PLANO <input type="radio"/> RHA	
<input type="radio"/> INDOLOR À PALPAÇÃO <input type="radio"/> FLÁCIDO <input type="radio"/> DISTENDIDO <input type="radio"/> TIMPÂNICO <input type="radio"/> TENSO - DOLOROSO À PALPAÇÃO	

MEMBROS	
MSD	
FORÇA	SENSIBILIDADE
<input type="radio"/> NORMAL <input checked="" type="radio"/> DIMINUIDO <input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUIDO <input type="radio"/> ABOLIDO
MOVIMENTO	PERFUSÃO
<input type="radio"/> NORMAL <input checked="" type="radio"/> DIMINUIDO <input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUIDO <input type="radio"/> ABOLIDO
MSE	
FORÇA	SENSIBILIDADE
<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUÍDO <input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUÍDO <input type="radio"/> ABOLIDO
MOVIMENTO	PERFUSÃO
<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUÍDO <input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUÍDO <input type="radio"/> ABOLIDO

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

MID					
FORÇA			SENSIBILIDADE		
<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO
MOVIMENTO			PERFUSÃO		
<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO
MIE					
FORÇA			SENSIBILIDADE		
<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO
MOVIMENTO			PERFUSÃO		
<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL	<input type="radio"/> DIMINUÍDO	<input type="radio"/> ABOLIDO

SISTEMA CARDIOVASCULAR	
PERFUSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> DIMINUÍDA <input type="radio"/> CIANOSE	<input type="radio"/> RITMO NORMAL <input type="radio"/> TAQUICARDIA <input type="radio"/> BRADICARDIA <input type="radio"/> SOPROS <input type="radio"/> ARRITMIA <input type="radio"/> PORTADOR DE MARCAPASSO <input type="radio"/> PORTADOR DE CDI <input type="radio"/> OUTROS

SISTEMA RESPIRATÓRIO	
PADRÃO RESPIRATÓRIO	AUSCULTA
<input checked="" type="radio"/> AR AMBIENTE <input type="radio"/> TRAQUEOSTOMIZADO <input type="radio"/> INTUBADO <input type="radio"/> EUPNEICO <input type="radio"/> DISPNEICO <input type="radio"/> TAQUIPNEICO <input type="radio"/> BRAQUIPNEICO	<input checked="" type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> RONCOS <input type="radio"/> SIBILOS

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	SEXO:	MASCULINO
		ATENDIMENTO:	864433

OXIGENIOTERAPIA
<input checked="" type="radio"/> SEM SUPORTE DE O2 <input type="radio"/> CAT. NASAL <input type="radio"/> VENTURI <input type="radio"/> BIPAP <input type="radio"/> VNI <input type="radio"/> VMA

SISTEMA GASTROINTESTINAL
<input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> GASTROTOMIA <input type="radio"/> AUSÊNCIA DE SONDA <input type="radio"/> NPT

TIPO E HORÁRIO DA ÚLTIMA DIETA (SÓ PREENCHER CASO PACIENTE ESTIVER EM PREPARO PARA PROCEDIMENTO QUE NECESSITE DE JEJUM)	
	EVACUAÇÃO
ACEITAÇÃO DA DIETA	<input type="radio"/> PRESENTE <input type="radio"/> AUSENTE
LIVRE	DIAS:

SISTEMA GENITO-URINÁRIO
<input checked="" type="radio"/> DIURESE ESPONTÂNEA <input type="radio"/> INCONTINÊNCIA <input type="radio"/> SVD <input type="radio"/> 2 VIAS <input type="radio"/> 3 VIAS <input type="radio"/> IRRIGAÇÃO
<input type="radio"/> SVA <input type="radio"/> DISPOSITIVO URINÁRIO <input type="radio"/> CISTOSTOMIA <input type="radio"/> ANÚRIA <input type="radio"/> DISÚRIA <input type="radio"/> OLIGÚRIA <input type="radio"/> POLIÚRIA
<input type="radio"/> PIÚRIA <input type="radio"/> HEMATÚRIA
INFUSÃO IV / DROGAS VASOATIVAS

VIA DE ACESSO
<input checked="" type="radio"/> PERIFÉRICA <input type="radio"/> CENTRAL <input type="radio"/> DISSECÇÃO <input type="radio"/> ARTERIAL <input type="radio"/> CAT. HEMODIÁLISE
<input type="radio"/> CAT. TOTALMENTE IMPLANTADO <input type="radio"/> SEM ACESSO <input type="radio"/> OUTROS

DRENOS

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707	
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO: MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433	

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

DATA DA INSTALAÇÃO:

ASPECTO DA DRENAGEM:

LOCAL:

OUTROS

PLANO TERAPÊUTICO

MINIMIZAR RISCO DE QUEDA
MINIMIZAR RISCO DE INFECÇÃO
ZERAR ESCALA DE DOR
PSP

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE E FAMILIARES / ALTA

APLICAR ESCALA DE DOR
MANTER GRADES ELEVADAS
CAMA TRAVADA
CHECAGEM A BEIRA LEITO
LAVAGEM DAS MÃOS

DATA/HORA PREENCHIMENTO

PRESTADOR

N

1

CONSELHO

16/08/2018 03:30:01

VANUSKA GOMES DA SILVA

4

COREN - 255264

Atendimento: 864433

Paciente: MARCIO DIAS DOS SANTOS

Data de Nascimento: 06/06/1985

Médico Assistente: ANDRE AYALLA G RODRIGUES

Prestador Responsável: LUCIENE FABRICYA DUARTE PINHEIRO

Conselho / Número COREN 616968

Idade: 34 Anos 4 Meses

Leito Atual: 1003-APT

Mãe: MARIA JOSE DIAS DOS SANTOS

Setor: INTER APTOS 10º

Função: ANDAR ALA SUL
TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 16/08/2018

Data anotação: 16/08/2018

Hora anotação: 01:32

Responsável: LUCIENE FABRICYA DUARTE PINHEIRO

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

AS 13:25 PACIENTE CHEGA A ESTA SETOR VINDO DO BLOCO, POI DE FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO MÃO D, COM AVP EM MSD COM HIDRATAÇÃO, COM MMSS COM ESCORIAÇÕES, CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, NORMOSFIGMICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, NEGA HAS E DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
AS 02:00 MEDICADO CONFORME PM KEFLIN, NOVALGINA.
EM TEMPO PACIENTE CONCILIOU BEM O SONO E SEGUE COM SSVV SEM ALTERAÇÃO.

Data de Referência: 16/08/2018

Data anotação: 16/08/2018

Hora anotação: 00:19

Responsável: JOSE CARLOS DANTAS

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

PACIENTE SAINDO DA SO AS 0040 E SEGUINDO PARA O SEU LEITO DE ORIGEM.
TERMINO DA CIRURGIA AS 0030
TERMINO DA ANESTESIA AS 0035
FOI FEITO EM SALA ANTIBIOTICO 2G. DE KEFAZOL
NÃO TEVE PEÇA CIRURGICA
FEITO EM SALA RX DE CONTROLE.
A CIRURGIA TRANSCORREU SEM AMORMALIDADE

Data de Referência: 15/08/2018

Data anotação: 15/08/2018

Hora anotação: 23:50

Responsável: PATRICIA RODRIGUES LINS DE SOUZA

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

paciente admitido no cc consciente orientado comunicando se verbalmente vindo da indução para procedimento cirurgico fratura de falange da mao direita, nega tudo foi monitorizado com cardioscopio, oxímetro+pni, pact ja veio em venoclese no msd, foi administrado kefazol 2gm, pact sob anestesia local passo cirurgia em andamento.

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CARTEIRA:	0345431001174004				
CIRURGIÃO:	ANDRÉ AYALLA	CRM	8308		
1º AUX.:	NISAN BAÍA	CRM	13240	<input type="radio"/>	COOPERATIVA
2º AUX.:		CRM		<input type="radio"/>	COOPERATIVA
INSTRUMENTADOR:		OUTROS PROFISSIONAIS			
ANESTESISTA:		TIPO DE ANESTESIA:		BLOQUEIO DIGITAL	
INÍCIO:		TÉRMINO	CONTRASTE	VOL	ml
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	FRATURA EXPOSTA F3 DO 3ºQDD + FERIMENTO 4º QDD				
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA COM FIXAÇÃO 3º QDD + EXPLORAÇÃO TENDINOSA DO 3º E 4º QDD				

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

***** HORÁRIO DE URGÊNCIA*****

- 1.BLOQUEIO DIGITAL 3º E 4º QDE + LAVAGEM EXAUSTIVA DO FERIMENTO;
- 2.ANTISSEPSEJA + ASSEPSIA;
3. EXPLORAÇÃO DAS FERIDAS ;
- 4.IDENTIFICAMOS AS SEGUINTE LESÕES: FRATURA FALANGE DISTAL DO 3º QDD(MARTELO),EXPOLORAÇÃO DO TENDÃO EXTENSOR E QUE APRESENTAVA-SE LACERADO POREM EM CONTINUIDADE ;
5. LESAO NO 4º DEDO NÃO MOSTRAVA EXPOSIÇÃO ARTICULAR E O TENDÃO EXTENSOR TERMINAL APRESENTAVA-SE ÍNTEGRO ;
- 6.REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA IFD DO 3º QDD EM EXTENSÃO, COM 01 FIO DE KIRSCHNER 1.0;
- 7.SUTURA DOS FERIMENTOS ;
8. CURATIVO + GAZES + FAIXAS DE CREPON;

REGISTRO DE MATERIAIS ESPECIAIS

QUANTIDADE

TIPO

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

DATA HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 00:52:53

PRESTADOR

ANDRE AYALLA G RODRIGUES

CONSELHO

CRM - 8308

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

EVOLUÇÃO MÉDICA

PLANO TERAPEUTICO (Planejamento para o tratamento durante esta internação)

CIRURGIA

EVOLUÇÃO: (Queixas + Exame Físico + Conduta do dia)

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS.

JUSTIFICATIVA:

CID DE ADMISSÃO: S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

LISTA DE PROBLEMAS

ANTIBIÓTICOS EM USO

HISTORICO DOS ANTIBIÓTICOS

KEFLIN PO/SOL.INJ. 1G S/ DIL. -> 15/08/18 | 15/08/18

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707	
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO: MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433	

DATA/HORA PREENCHIMENTO

16/08/2018 00:36:53

PRESTADOR

ANDRE AYALLA G RODRIGUES

CONSELHO

CRM - 8308

Atendimento: 864433 Data anotação: 16/08/2018 Hora anotação: 00:19
Paciente: MARCIO DIAS DOS SANTOS Idade: 33 Anos 5 Meses
Mãe: MARIA JOSE DIAS DOS SANTOS Data de Nascimento: 06/06/1985
Responsável: ANDRE AYALLA G RODRIGUES
Setor: INTER APTOS 10º ANDAR ALA SUL

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Anotação

PACIENTE SAINDO DA SO AS 0040 E SEGUINDO PARA O SEU LEITO DE ORIGEM.
TERMINO DA CIRURGIA AS 0030
TERMINO DA ANESTESIA AS 0035
FOI FEITO EM SALA ANTIBIOTICO 2G. DE KEFAZOL
NÃO TEVE PEÇA CIRURGICA
FEITO EM SALA RX DE CONTROLE.
A CIRURGIA TRANSCORREU SEM AMORMALIDADE

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 31/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº 004.

JOSE CARLOS DANTAS: 12323826420, AC VALID RFB, 12323826420, 22/10/2019 11:33 GMT-03:00 22/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



Atendimento: 864433

Paciente: MARCIO DIAS DOS SANTOS

Data de Nascimento: 06/06/1985

Médico Assistente: ANDRE AYALLA G RODRIGUES

Prestador Responsável: LUCIENE FABRICYA DUARTE PINHEIRO

Conselho / Número COREN 616968

Idade: 34 Anos 4 Meses

Leito Atual: 1003-APT

Mãe: MARIA JOSE DIAS DOS SANTOS

Setor: INTER APTOS 10º

Função: ANDAR ALA SUL
TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 16/08/2018

Data anotação: 16/08/2018

Hora anotação: 01:32

Responsável: LUCIENE FABRICYA DUARTE PINHEIRO

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

AS 13:25 PACIENTE CHEGA A ESTA SETOR VINDO DO BLOCO, POI DE FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO MÃO D, COM AVP EM MSD COM HIDRATAÇÃO, COM MMSS COM ESCORIAÇÕES, CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, NORMOSFIGMICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, NEGA HAS E DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. AS 02:00 MEDICADO CONFORME PM KEFLIN, NOVALGINA. EM TEMPO PACIENTE CONCILIOU BEM O SONO E SEGUE COM SSVV SEM ALTERAÇÃO.

Data de Referência: 16/08/2018

Data anotação: 16/08/2018

Hora anotação: 00:19

Responsável: JOSE CARLOS DANTAS

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

PACIENTE SAINDO DA SO AS 0040 E SEGUINDO PARA O SEU LEITO DE ORIGEM. TERMINO DA CIRURGIA AS 0030
TERMINO DA ANESTESIA AS 0035
FOI FEITO EM SALA ANTIBIOTICO 2G. DE KEFAZOL
NÃO TEVE PEÇA CIRURGICA
FEITO EM SALA RX DE CONTROLE.
A CIRURGIA TRANSCORREU SEM AMORMALIDADE

Data de Referência: 15/08/2018

Data anotação: 15/08/2018

Hora anotação: 23:50

Responsável: PATRICIA RODRIGUES LINS DE SOUZA

Leito: 1003-APARTAMENTO

Anotação

paciente admitido no cc consciente orientado comunicando se verbalmente vindo da indução para procedimento cirurgico fratura de falange da mao direita, nega tudo foi monitorizado com cardioscopio, oxímetro+pni, pact ja veio em venoclese no msd, foi administrado kefazol 2gm, pact sob anestesia local passo cirurgia em andamento.

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

RESPIRATÓRIO

☐ NA ☐ NDN ☐ A

CARDIOVASCULAR

☐ NA ☐ NDN ☐ A

ABDOME

☐ NA ☐ NDN ☐ A

ÂNUS / RETO

☐ NA ☐ NDN ☐ A

GENITO-URINÁRIO

☐ NA ☐ NDN ☐ A

NEUROLÓGICO

☐ NA ☐ NDN ☐ A

LOCOMOTOR

☐ NA ☐ NDN ☐ A

EXTREMIDADES

☐ NA ☐ NDN ☐ A FERIMENTO NA REGIÃO DORSAL DO 3 E 4 QDD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

FRATURA EXPOSTA F3 DO 3º QDD + FERIMENTO REGIÃO DORSAL DO 4º QDD

DOENÇAS ASSOCIADAS

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707		
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34	SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864433		

CONDUTA

TRATAMENTO CIRÚRGICO.

LEGENDA

A	ANORMAL
NDN	NADA DIGNO DE NOTA
NA	NÃO AVALIADO

DATA HORA PREENCHIMENTO

15/08/2018 23:11:19

NOME PRESTADOR

ANDRE AYALLA G RODRIGUES

CONSELHO

CRM - 8308

Paciente: MARCIO DIAS DOS SANTOS

Prontuário: 0000231707

Data de nascimento: 06/06/1985

Idade: 33-ANOS Sexo:

Data de atendimento: 15/08/2018

Atendimento: 00864333

OCORRENCIA DE ENFERMAGEM

Ocorrência:

ENCAMINHO PCT PARA O BLOCO CIRURGICO, FEITO CONTATO COM A ENFERMEIRA JANAINA

Recife, 15/08/2018 23:02:02

RITA DE CASSIA OLIVEIRA PIRES

COREN: 304576

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1521/2007, Resolução CFO 01/2008, sendo este gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob NP 034.

RITA DE CASSIA OLIVEIRA PIRES 0844038436, AC VALID NP8, 0844038436, 22/10/2019 11:34 GMT-03:00 22/10/2019

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORARIO (GMT-03:00)



Rua José de Alencar, nº 770, Boa Vista - Recife - PE CEP 50070-030
hur3@unimedrecife.com.br
Fone (81) 3320.7500

PACIENTE:	MARCIO DIAS DOS SANTOS	PRONTUÁRIO:	0000231707
DATA DE NASCIMENTO:	06/06/1985	IDADE:	34
		SEXO:	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	15/08/2018	ATENDIMENTO:	864333

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 2 HORAS APRESENTANDO FERIMENTO NO 3ºQDD E ESCORIOÇÕES ANTEBRACO DIR E ESQ.NEG APERDÁ DE CONSCIENCIA E VOMITOS.

EXAMES COMPLEMENTARES

15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX BACIA - (AP)
 15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX MAO OU QUIRODACTILOS - DIREITA (AP+OBLIQUA)
 15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COLUNA CERVICAL (AP+PERFIL+OBLIQUAS)
 15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COL. LOMBO-SACRA (AP+PERFIL+LOCAL. L5-S1+EXTENSAO+FLEXAO)
 15/08/2018 20:14 DR. TARCISIO LYRA DE BRITO - 1 RX COLUNA DORSAL - (AP+PERFIL+OBLIQUAS)

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS EM USO

NÃO RELATADO

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

EXAME FÍSICO

EUPNEICO,NORMOCORADO,GLASGOW 15,APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIÃO IFD DORSAL DO 3ºQDD,ESCORIAÇÕES EM ANTEBRACOS DIR E ESQ.MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS EM MMSS EMMII.SEM DOR A COMPRESSÃO LATERAL DOS ILIACOS.NEGA DOR LOMBAR E CERVICAL.NEGA OUTRAS QUEIXAS.
 SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

EVOLUÇÃO

ÚLTIMA EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA
 RX MÃO DIR; FRATURA AVULSÃO OSSEA DE APARELHO EXTENSOR (F3)+FERIDA ARTICULAR DE IFD DO 3ºQDD
 CD;AVISADO AO GRUPO DE MÃO(ANDRÉ AYALA) PARA TRA. CIRURGICO

DATA/HORA PREENCHIMENTO

15/08/2018 21:44:33

PRESTADOR

TARCISIO LYRA DE BRITO

CONSELHO

CRM - 10591

Paciente: MARCIO DIAS DOS SANTOS**Prontuário:** 0000231707**Data de nascimento:** 06/06/1985**Idade:** 34-ANOS**Sexo:****Data de atendimento:** 15/08/2018**Atendimento:** 00864333**OCORRENCIA DE ENFERMAGEM****Ocorrência:**

PACIENTE DEU ENTRADA NA URGENCIA COM HD: POLITRALMA, EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNÉICO, ANICTÉRICO, ACIANOTICO, AVALIADO PELA CIRURGIA DR. PEDRO PINHEIRO, O MESMO DESCARTA CIR. ALTA E PASSA PARA ORTOPEDIA SEM PEDIR NO SISTEMA PARECER, COMUNICO A DR. TARCISIO SOLICITOU R-X E INTERNAMENTO CIRURGICO. COMUNICAMOS A GESTÃO DE LEITOS. AVP NO MSD HIDROLISADO.

MA- ANDRE AIALA CIENTE. AGUARDANDO VAGA.

Recife, 15/08/2018 21:18:18

WEDJA DE MELO MAURICIO NEVES

COREN: 387837

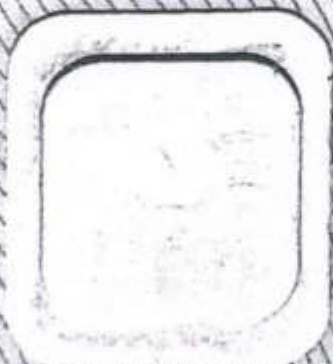
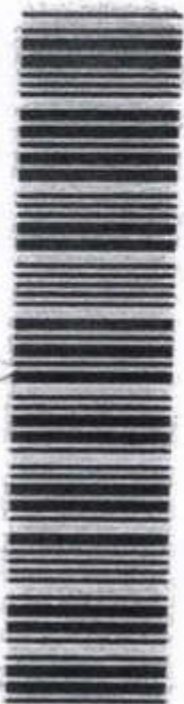
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03342157



Wilmara Evangelista de Souza Alves
ASSINATURA DO PORTADOR



OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

FILIAÇÃO

PEDRO EVANGELISTA DE SOUZA
LINDALVA ALICE DE SOUZA

NATURALIDADE

RECIFE-PE

RG

5350267 - SSP/PE

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

09/08/1974

CPE

869.517.344-53

VIA EXPEDIDO EM

01 13/01/2012



HENRIQUE NEVES MARIANO

PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

18789

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTeira DE IDENTIDADE

Antônio dos Santos

Antônio dos Santos

POLEGAR DIREITO

ESTADO DE PERNAMBUCO

DATA DE NASCIMENTO: 06.06.1985

DATA DE EMISSÃO: 22.06.2002

VALIDADE: 06.06.2010

CPF: 7101537

REGISTRO GERAL

NOME: MARCIO DIAS DOS SANTOS

PLACAO

SEXO: M

RAÇA: BR

ESTADO CIVIL: S

PROFISSÃO: A

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTeira DE IDENTIDADE

Antônio dos Santos

Antônio dos Santos

POLEGAR DIREITO

ESTADO DE PERNAMBUCO

DATA DE NASCIMENTO: 06.06.1985

DATA DE EMISSÃO: 22.06.2002

VALIDADE: 06.06.2010

CPF: 7101537

REGISTRO GERAL

NOME: MARCIO DIAS DOS SANTOS

PLACAO

SEXO: M

RAÇA: BR

ESTADO CIVIL: S

PROFISSÃO: A

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CPF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200260719 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO DIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,6,18,24,25,35)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

AUTOORGANTE

OUTORGANTE,
MATEO DIAZ dos Santos, brasileiro, advogado, inscrito no
Cadastro do RG nº 1101537 SDS PE CPF. 060.392.434-27
Muito obrigado a Deus, Signife nº 153 Data, Recife do Brasil, Grande PE CEP 55500-
000


AUTORGADA:

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, advogada, CPF nº 869.517.344-53 inscrita na OAB nº 187/89, com endereço profissional Rua do Riachuelo nº 187, Sala 1201/02, Boa Vista-PE.

PODERES:

PODERES; poderes para o foro em geral, das cláusulas "ad iudicia" e "extra iudicia", poderes para o foro em geral, das cláusulas "ad iudicia" e "extra iudicia", poderes especiais para representar o outorgante junto as seguradoras perante o seguro DPVAT, referente ao acidente sofrido no dia 15/8/80 para requerer a cobertura de invalidez.

Recife, 03/12/2019

 Mutmaßlich durch den Senker



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205044/20

Vítima: MARCIO DIAS DOS SANTOS

CPF: 060.322.434-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/08/2018

Titular do CPF: MARCIO DIAS DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES : 869.517.344-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIO DIAS DOS SANTOS : 060.322.434-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/07/2020
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso